

Barth's

1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS LA
GANGRÈNE PULMONAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

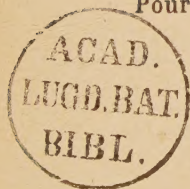
Le 6 Mars 1908

Par **Joseph BARTHÈS**

Né à Saint-Pons (Hérault), le 10 octobre 1881

Ex-Interne des Hôpitaux de Nîmes et de la Maternité du Gard
(Concours 1905)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

—
1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... DOYEN
SARDA..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✱).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS H.
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : M. DE ROUVILLE, PUECH

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : M. E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT

Secrétaire honoraire : M. H. GOT

CHARGÉS D COURS COMPLEMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées....	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.....	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, agrégé libre.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUÉRIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIÈRE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM FORGUE, <i>président.</i>		MM. JEANBRAU, <i>agrégé.</i>
GRANEL, <i>professeur.</i>		CABANNES, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

J BARTHÈS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

J. BARTHÈS.

Maintenant que nous voici parvenu au terme de nos études, nous ne voulons pas nous séparer de ceux qui nous permirent de les mener à bonne fin, sans leur témoigner ici toute notre reconnaissance.

Nous avons pendant six mois rempli les fonctions d'externe dans le service de Monsieur le professeur Forge, et c'est là que nous apprîmes à connaître et à aimer notre métier. Nous n'oublierons jamais son enseignement à la fois si clair, si pratique, si élégant, et nous conserverons un souvenir ému de la bienveillante attention qu'il voulut bien nous témoigner. Il nous fait aujourd'hui l'honneur de présider notre thèse; c'est une nouvelle dette que nous contractons à son égard.

A plusieurs reprises, Monsieur le professeur Granel s'intéressa à nous avec une bonté que nous nous rappellerons toujours et dont nous ne saurions trop le remercier.

Nous remercions également Monsieur le professeur agrégé Jeanbrau dont nous avons pu apprécier souvent les leçons et les conseils.

Interne des hôpitaux de Nîmes, nous avons trouvé dans cette ville des maîtres qui achevèrent notre instruction médicale et nous permirent d'acquérir la faible expérience que nous possédons.

Monsieur le docteur Reboul, chirurgien en chef des hôpitaux, nous permit de prendre dans son service une très large initiative, et c'est grâce à lui et sous sa direction que nous pûmes intervenir dans des cas que nous n'aurions jamais osé aborder. Il nous est impossible d'exprimer ici tout ce que nous éprouvons à son égard, mais il nous pardonnera aisément, car il ne doute pas de notre gratitude.

Messieurs les docteurs Gauch et Olivier de Sardan nous apprirent à ausculter et à examiner les malades médicaux et nous retiendrons de leur visite matinale d'agréables et d'instructives leçons. En terminant, nous nous garderions bien d'oublier Monsieur le docteur Massabuau, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, qui, fort aimablement, nous procura les matériaux de notre thèse.

Ce n'est pas sans une pointe de mélancolie et de tristesse que nous quittons cette Faculté et surtout cet internat où nous vécûmes deux années si agréables, et en même temps si utiles, et c'est avec regret, que nous y laissons bien des camarades et, chose précieuse, quelques véritables amis.

Dr BARTHÈS.

Montpellier, février 1908.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS LA
GANGRÈNE PULMONAIRE

INTRODUCTION

Notre maître, M. le professeur Forgue, ayant eu l'occasion d'intervenir dans un cas de gangrène pulmonaire, fut frappé par la différence existant entre les lésions anatomo-pathologiques et les signes physiques fournis par l'auscultation, la percussion et l'examen thoraciques. Dans une leçon faite le jour même de l'opération, il faisait ressortir, quelles erreurs de diagnostic et de pronostic on pouvait commettre en se basant sur les procédés ordinaires d'exploration. En effet, le malade qui nous intéresse semblait présenter un foyer nettement circonscrit, justiciable par conséquent d'une intervention chirurgicale et après la thoracotomie, c'est sur une forme diffuse, à foyers disséminés, que l'on est tombé. C'est par ce côté que cette observation

nous a paru intéressante, et il nous a semblé, qu'elle pouvait contribuer, dans une certaine mesure, à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire.

Dans ce travail, nous avons d'abord exposé l'observation qui nous est personnelle. Les paragraphes suivants sont consacrés successivement aux indications de l'intervention chirurgicale, au diagnostic de siège des lésions, aux divers procédés opératoires employés, au choix qu'il convient de faire, aux complications post-opératoires, et au pronostic de l'opération.

Enfin, pour terminer, nous avons groupé un certain nombre d'observations qui nous ont paru devoir entrer dans le cadre de cette thèse.

Parmi ces observations, il en est une, la première, que nous avons trouvée dans une thèse allemande et qui présente de grandes analogies avec celle qui nous est personnelle.

Le malade, qui fait l'objet de cette thèse, présentait, en effet, des signes stéthoscopiques nettement limités à un sommet, et à l'autopsie, c'est encore à un cas de gangrène diffuse que l'on a eu à faire.

Il nous a paru intéressant de faire un rapprochement, et c'est pour cela que nous la reproduisons *in extenso*.

OBSERVATION PERSONNELLE

P. F..., âgé de 25 ans, entre, le 19 octobre 1907, dans le service de M. le professeur Grasset.

Il ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Au point de vue personnel, il jouit d'une bonne santé habituelle; il ne tousse pas ordinairement. La maladie actuelle a débuté il y a 40 jours par un point de côté gauche subit et violent et par l'expectoration de quelques crachats rouillés.

Quelques jours après son arrivée à l'hôpital, l'état général s'aggrave, la fièvre s'élève progressivement, une diarrhée assez abondante apparaît, et le diagnostic de fièvre typhoïde étant porté, on institue le traitement ordinaire. Après trois semaines environ de cet état, les phénomènes de bronchite s'accroissent, l'expectoration augmente et devient d'une fétidité repoussante. Une dyspnée intense s'installe et brusquement, à l'occasion d'un effort de toux, le malade fait une vomique. Le liquide rendu (un verre environ) est purulent, épais, couleur purée de pois verts. Dès lors, les crachats deviennent plus nombreux et plus fétides.

Examen du thorax. — A gauche et en arrière, on constate une légère voussure. La matité commence en bas, assez brusquement, presque sans zone de transition, au niveau de la septième côte et remonte en haut jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate. L'espace vraiment mat n'a pas une largeur égale à trois centimètres. Au-dessus de la ligne supérieure de la matité, on trouve une région

submate de trois travers de doigt environ. La base du thorax est complètement sonore. Dans l'aisselle, la matité arrive jusqu'au bord antérieur du grand dorsal.

A l'auscultation, on constate, au niveau de la zone de matité, une respiration légèrement soufflante et de la bronchophonie. La pectoriloquie, nette les premiers jours, disparaît assez vite. A ce niveau, on ne constate aucun bruit anormal. Dans l'aisselle même, respiration soufflante et quelques râles sous-crépitaunts.

En résumé le point maximum des signes physiques siège au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et légèrement vers l'aisselle. On porte le diagnostic de pleurésie interlobaire gauche et le malade est évacué dans le service de Monsieur le professeur Forgue où l'intervention est pratiquée le 8 novembre 1907.

Opération. — M. Forgue trace un lambeau musculo-cutané à charnière supérieure. Le sommet de l'incision dépasse de cinq à six centimètres l'angle de l'omoplate. Le lambeau relevé, on résèque les cinquième, sixième et septième côtes sur une longueur de dix à douze centimètres, et au niveau de la septième côte la plèvre est incisée. On constate alors qu'en ce point elle est intimement adhérente au tissu pulmonaire. La surface du poumon est parsemée de placards grisâtres d'aspect sphacélé et le parenchyme pulmonaire qui se trouve dans l'intervalle de ces placards est d'une densité remarquable.

Les tissus sont incisés au thermo-cautère suivant une épaisseur de cinq à six centimètres; dans tout le trajet, on trouve des lésions sphacéliques diffuses, mais il est impossible d'arriver sur une cavité contenant du pus. La brèche pulmonaire est largement drainée et le lambeau cutané rabattu et suturé.

Suites opératoires. — Le 9 novembre au matin, le malade a quelques vomissements, mais il expectore bien moins et, fait caractéristique noté par l'entourage, la fétidité de l'haleine a complètement disparu. Le pouls est à 100, la température à 37°5. Le 10 novembre, la température monte le matin à 39°2, le soir à 39°8, le pouls à 126. Le malade se plaint de violents efforts de toux avec expectoration abondante de couleur verdâtre, mais la fétidité de l'haleine ne reparait pas. Le 11 novembre, l'état général s'aggrave encore et le malade succombe assez rapidement le soir même, trois jours après l'opération.

Examen des crachats et des vomiques. — M. Lagriffoul, professeur agrégé, qui a procédé à cet examen, a trouvé quelques staphylocoques et un bacille ressemblant au *leptothrix pulmonalis* de la gangrène pulmonaire.

Pas de bacille de Koch.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

CHAPITRE PREMIER

INDICATIONS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

La gangrène pulmonaire n'est pas une maladie primitive, elle succède à des affections pulmonaires diverses, pneumonie, broncho-pneumonie, abcès du poumon, pleurésies purulentes interlobaires, la bronchectasie, etc., qui lui servent de véritables portes d'entrée.

Suivant l'étiologie qui commande à l'éclosion du processus gangréneux, cette affection se présente au point de vue anatomo-pathologique sous des formes différentes qui n'intéressent pas toutes le chirurgien au même degré.

On distingue deux formes : une *forme circonscrite* et une *forme diffuse*.

« Dans la forme non circonscrite, le tissu pulmonaire, plus humide et beaucoup plus facile à déchirer que dans l'état naturel, offre le même degré de densité que dans la péripneumonie au premier degré, l'œdème du poumon ou l'engorgement séreux cadavérique ; sa couleur présente des nuances variées, depuis le blanc sale et légèrement verdâtre jusqu'au vert foncé et presque noir, quelquefois avec un mélange de brun ou de jaune brunâtre terreux. Ces diverses teintes sont mêlées très irrégulièrement dans les diverses parties du poumon et l'on y distingue, en outre, des portions d'un rouge livide, plus humides que le reste et qui paraissent simplement infiltrées d'un sang très liquide, absolument comme

dans la péripneumonie. Quelques points cà et là sont évidemment ramollis et tombent en deliquium putride. Un liquide sanieux, d'un gris verdâtre, s'écoule des parties altérées à mesure qu'on les incise » (Laennec).

Les altérations occupent en général une grande partie du poumon ; aucune délimitation nette ; le tissu pulmonaire sain se confond insensiblement avec les parties gangrénées ; dans quelques cas rares, il en est séparé par un engorgement inflammatoire au premier degré.

La gangrène circonscrite ou partielle diffère de la précédente en ce qu'elle n'occupe qu'une petite partie de l'organe et qu'elle ne paraît avoir aucune tendance à envahir les parties avoisinantes. Elle doit être considérée dans trois états différents :

1^o Celui de mortification récente ou d'eschare gangréneuse ;

2^o Celui de sphacèle déliquescent ;

3^o Celui d'excavation formée par le ramollissement complet et l'évacuation de la partie gangrénée.

Les eschares gangréneuses forment des masses irrégulières de grosseur très variable. La couleur de la partie mortifiée est noire ou verte. « Quelquefois cette eschare, en se décomposant, se détache des parties environnantes comme l'eschare formée par le feu ou par la potasse caustique et forme alors une espèce de bourbillon noirâtre, verdâtre, ou jaunâtre, d'un tissu comme filamenteux plus flasque et plus sec que l'eschare récemment formée. Ce bourbillon reste isolé au milieu de l'excavation formée par la destruction de la partie mortifiée. Plus ordinairement, l'eschare se ramollit en entier sans former de bourbillon distinct et se convertit en une espèce de bouillie putride, d'un gris verdâtre sale, quelquefois sanguinolente et d'une horrible fétidité. Cette

matière ne tarde pas à se faire jour dans quelque une des bronches voisines, est ainsi évacuée peu à peu et laisse à sa place une caverne véritablement ulcéreuse » (Laennec).

MM. Cornil et Ranvier distinguent, dans la gangrène circonscrite, trois zones qui sont en allant de dehors en dedans :

- 1^o Une zone externe, offrant les lésions d'une pneumonie;
- 2^o Une zone intermédiaire grisâtre, friable, hépatisée;
- 3^o Une partie centrale sphacélée.

Le centre est formé par des débris grisâtres qui sont constitués par des vaisseaux et par des fibres élastiques qui adhèrent encore plus ou moins à la zone sous-jacente. La zone intermédiaire absolument privée d'air est grise. On y remarque des grains jaunâtres opaques dont la couleur et l'opacité tiennent à la nature de l'exsudat qui remplit les bronchioles acineuses et les alvéoles. Sur les coupes des alvéoles, on voit, au milieu d'un liquide contenant des cellules lymphatiques, de grandes cellules sphériques remplies de granulation graisseuses. Ces corps granuleux possèdent encore, pour la plupart, un noyau; ce sont eux qui donnent au contenu des alvéoles et des bronchioles son opacité et sa couleur jaunâtre.

La zone périphérique présente les lésions de la pneumonie; les alvéoles pulmonaires sont remplis de globules de pus et les capillaires distendus par le sang.

Etant donné cet aperçu anatomo-pathologique, il est facile de comprendre que la forme diffuse n'est pas et ne peut pas être du domaine chirurgical. Il est en effet impossible d'évacuer et de drainer des foyers disséminés, et l'intervention, au lieu de remplir le but qu'elle se propose, ne fait qu'aggraver l'état du malade. Notre observation est remarquable à ce point de vue. Trompé par des signes stéthosco-

piques, on fut amené à rechercher un foyer caverneux qui n'existait pas; aussi l'issue fut-elle fatale.

Au contraire, tous les succès chirurgicaux relatés dans les diverses observations que nous mettons à la fin de ce petit travail, se rapportent tous à des formes circonscrites. En effet, en ouvrant un foyer gangréneux nettement limité, on élimine les parties mortifiées, on facilite la réparation, et on prévient la formation de foyers secondaires dus à des greffes de particules gangréneuses parties du foyer principal.

Encore dans les formes circonscrites convient-il de faire une différence entre les gangrènes pulmonaires aiguës, métapneumoniques, avec pleurésie du voisinage interlobaire, ou non, et les gangrènes pulmonaires succédant à des ectasies bronchiques multiples et chroniques.

En effet, les premières sont généralement superficielles et leurs foyers communiquent souvent avec un ou plusieurs foyers pleuraux interlobaires secondaires; c'est sur ces derniers que porte le bistouri du chirurgien qui, dès lors, n'a qu'à se laisser guider par les trajets fistuleux, pour ouvrir les foyers intra-pulmonaires. La guérison, dans ces cas, est alors très fréquente. Au contraire, dans la seconde catégorie, l'ouverture et le drainage des foyers finissent bien souvent par une guérison opératoire; mais si l'on suit les malades, on constate malheureusement que la guérison définitive est pour ainsi dire l'exception.

En résumé, l'intervention est surtout indiquée dans les cas où il existe un foyer bien circonscrit et situé dans une zone abordable.

Ceci étant posé, quelles sont les contre-indications qui peuvent empêcher le chirurgien d'opérer un malade, même présentant les conditions requises que nous venons d'énumérer?

1^o Il faut d'abord s'assurer de la valeur fonctionnelle du

poumon opposé. Si, pour une raison quelconque, l'état de ce poumon paraît fortement compromis, il vaudra mieux s'abstenir.

2^o Bien que l'intervention doive être tentée d'une façon précoce, il est dangereux d'opérer à la période indécise du début de la maladie, alors que les signes de foyer sont encore absents ou peu nets. Certes, comme l'a dit Lejars, à cette période on sait que la gangrène existe par la nature de l'expectoration, la fièvre, la marche des accidents ; mais où siège-t-elle ? Une opération faite à ce stade peut être plus nuisible qu'utile.

L'état général du malade ne doit pas être, pour le chirurgien, une contre-indication à l'intervention. Même avec un pouls qui file et avec un affaiblissement considérable, il faut intervenir, la seule chance de succès étant à ce prix. En effet :

« Il est inutile d'insister longuement sur le traitement médical de la gangrène pulmonaire qui n'est indiqué que quand le traitement chirurgical ne peut être mis en œuvre ; son inefficacité nous dispensera de plus longs détails. C'est au traitement chirurgical qu'il faudra recourir sans hésiter » (Mosny).

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DU SIÈGE DES LÉSIONS DANS LA GANGRÈNE

PULMONAIRE

Maintenant que nous avons établi les cas où le chirurgien devait intervenir dans la gangrène pulmonaire, il nous reste à élucider un point qui présente un très grand intérêt clinique.

Etant donné un malade justiciable d'une intervention chirurgicale, remplissant par conséquent les conditions que nous venons d'énumérer dans le chapitre précédent, quel est le siège exact, la localisation précise du foyer morbide à inciser et à drainer.

Tuffier, dans son rapport de Moscou, a insisté sur les difficultés nombreuses que l'on rencontre, et son élève Dutar a apporté un grand nombre de faits qui abondent dans le même sens. Les observations VI, VII et VIII de la fin constituent des exemples frappants des erreurs de ce genre. Pour établir un diagnostic aussi précis que possible, on s'en rapporte aux renseignements fournis par l'auscultation et la percussion, la ponction exploratrice, la radiographie et la palpation des poumons.

Nous allons passer en revue ces différents éléments de diagnostic.

Il est incontestable que la percussion et l'auscultation fournissent en général des renseignements précieux et quelque-

fois même suffisants pour aborder directement la cavité recherchée; mais parfois aussi ces procédés d'exploration ont donné des indications erronées.

Tuffier a proposé une formule que l'expérience semble confirmer : Quand on ne se fie qu'à l'auscultation et à la percussion, dit-il, on vise d'ordinaire trop bas dans l'incision du poumon.

Pierre Delbet prétend que cette formule n'est vraie que pour la partie du poumon qui est située au-dessous du hile. Pour celle qui est située au-dessus, on aurait tendance, au contraire, à viser trop haut. Pour expliquer cette assertion, Delbet, en effet, admet que les bruits stéthoscopiques se propagent le long de l'arbre bronchique dans le sens du courant d'air inspiratoire, de telle sorte qu'ils acquièrent leur maximum au delà du point où siège la lésion. Si la cavité occupe le segment inférieur du poumon, les phénomènes stéthoscopiques acquièrent leur plus grande intensité au-dessous d'elle; mais si elle est située dans le segment supérieur, c'est au-dessus d'elle qu'ils atteignent leur maximum.

D'une façon générale, ainsi que le fait remarquer Walther, les cavités superficielles peuvent être localisées avec assez de précision; mais, pour ce qui concerne les lésions profondes, il faut compter avec la propagation vers la périphérie des phénomènes d'auscultation.

Tuffier énonce la même opinion lorsqu'il dit :

« Les cavités pathologiques du poumon sont entourées de lames de tissu condensé qui n'ont pas forcément une direction perpendiculaire à la paroi, mais se dirigent souvent obliquement, propageant ainsi les bruits dans des sens différents. Comme nous avons une tendance naturelle à localiser le foyer dans un point directement correspondant à celui de la paroi thoracique où notre oreille perçoit le

maximum des bruits cavitaires, il s'ensuit que nous attribuons aux lésions un siège souvent fort différent de leur siège réel. Une cavité profonde mais reliée à la paroi par une lame de sclérose, par des adhérences plus ou moins épaisses, nous semblera siéger directement sur la plèvre... De même si une cavité située tout près de la paroi antérieure est reliée à la face postérieure ou latérale par une couche de tissu induré, nous aurons de la tendance à la localiser près de cette paroi. »

Les erreurs de ce genre sont, on le comprend, très fréquentes et cela plus souvent à la base qu'au sommet plus limité. Beaucoup d'auteurs ont eu à en déplorer.

La ponction exploratrice peut être précieuse, mais c'est un moyen infidèle, car souvent, bien qu'il y ait une lésion, elle ne donne aucun résultat.

De plus, le trocart peut pénétrer dans une caverne vide de pus; cette caverne peut être située trop profondément pour que l'aiguille l'atteigne. Des débris sphacelés peuvent boucher la lumière du trocart.

En admettant même que la ponction soit positive, elle ne nous renseigne que sur le siège d'un foyer, et c'est ainsi que l'on a vu l'aiguille tomber dans une cavité accessoire et laisser méconnaître la lésion principale.

Enfin, et c'est là un grave reproche, il peut arriver que, par ce procédé, on infecte la plèvre s'il n'existe pas d'adhérences pleurales. Quincke, rapporte plusieurs cas de pleurésies purulentes consécutives à des ponctions exploratrices. Cette infection peut se produire sur la paroi thoracique et l'on a signalé des cas de gangrène cutanée, d'abcès de la paroi et d'érysipèles de la région.

Finny constata chez un de ses malades un emphysème situé autour de l'orifice cutané de la plaie; il se produisit une infiltration de gaz fétides qui distendirent le tissu cellu-

laire du thorax et de l'abdomen. Malgré de larges incisions, le malade mourut le surlendemain.

M. Tuffier fut témoin, à l'hôpital Beaujon, d'un phlegmon diffus gangréneux, ayant envahi toute la paroi thoracique gauche, toujours consécutif à une ponction dans un cas de gangrène pulmonaire.

Karewsky, à la Société de médecine de Berlin, signale le cas d'une femme qu'il a opérée pour un abcès pulmonaire, dont le siège avait été cherché au moyen de ponctions exploratrices qui déterminèrent un petit empyème, localisé au point même où venait déboucher l'orifice pulmonaire d'une des ponctions.

Ce sont là des complications graves, et bien que peu fréquentes, elles suffisent pour faire rejeter l'emploi des ponctions exploratrices, comme moyen de diagnostic précoce.

Il n'en sera pas de même pour préciser le diagnostic immédiatement avant l'intervention, car, dans ce cas, les dangers d'infection sont alors écartés. On pourra s'en servir aussi, après la résection de la paroi costale, lorsque le chirurgien, hésitant, ne saura pas où diriger son bistouri ou son thermocautère.

La palpation du thorax donne quelquefois d'utiles renseignements. Il est souvent possible de réveiller une douleur exquise en un point limité et l'on comprend, dans ce cas, l'intérêt de ce signe en ce qui concerne la localisation du foyer.

La radioscopie et la radiographie constituent, à notre époque, un nouvel élément de diagnostic d'une très grande valeur, et les perfectionnements, qui ne sauraient manquer de se produire, nous permettent d'espérer mieux encore. Tuffier a décrit un cas d'abcès gangréneux du lobe supé-

rieur du poumon droit, dans lequel il put, malgré des signes stéthoscopiques négatifs, déceler et ouvrir l'abcès, grâce à la radiographie.

Une observation de M. Guinon est encore un exemple de la supériorité de la radiographie sur l'auscultation, quand il s'agit de lésions profondes. La percussion dénonçait une matité absolue de tout le poumon, des râles de congestion étaient également disséminés dans toute sa hauteur, le siège exact du foyer était impossible à trouver. Sur une radiographie, le poumon apparaît opaque dans toute sa hauteur, mais beaucoup plus dans son tiers moyen; c'est là que M. Tuffier intervint et qu'une incision vint donner issue au pus.

Dans le cas où il existe des foyers multiples, l'examen radioscopique permet aussi de tous les localiser, il ne laisse pas l'attention de l'observateur s'égarer sur un seul des foyers, laissant les autres de côté, comme, c'est probablement arrivé pour le malade qui fait l'objet de notre observation. Il permet aussi de distinguer un amas de petites cavernes formées par exemple par des dilatations ampullaires des bronches d'une grande cavité unique.

Les rayons Röntgen ont donc, au point de vue chirurgical, une supériorité incontestable sur les autres modes d'examen. S'ils ne nous permettent pas, comme les signes stéthoscopiques, de dire si la lésion en question est une cavité ou une tumeur, ils permettent d'apprécier avec plus d'exactitude ses dimensions et son siège exact, surtout si elle se trouve dans la profondeur où elle est le plus souvent inaccessible aux doigts et à l'oreille.

L'examen radioscopique n'est cependant pas un moyen diagnostique absolument infaillible. Aux bases, en effet, la radiographie peut être négative malgré la présence de lésions gangréneuses. En effet, à ce niveau, les poumons

sont recouverts par des organes trop épais pour être facilement traversés par les rayons de Roentgen.

Les résultats obtenus sont tout de même très encourageants, et ce procédé d'exploration est à retenir.

Il nous reste à décrire les modes d'exploration directe des poumons.

Les trois principaux modes décrits sont les suivants :

a) *Résection d'une seule côte* sur une étendue d'un centimètre, permettant de décoller la plèvre pariétale et d'explorer ainsi le parenchyme pulmonaire (Tuffier).

b) *Examen du poumon après ouverture de la plèvre*. On introduit rapidement le doigt à travers une petite incision faite à la séreuse; on l'entoure d'une compresse aseptique pour éviter l'entrée d'une trop grande quantité d'air. On explore alors le poumon dans tous les sens (Bazy).

c) On peut encore pratiquer *la pleurotomie exploratrice*. On fait une incision déclive et assez large pour y entrer la main. Trois cas peuvent alors se présenter.

Ou bien, la cavité pleurale, qui est le siège d'un épanchement, est en communication directe avec une cavité pulmonaire, ou bien, la plèvre, libre de tout épanchement, adhère au poumon en un point localisé, et on doit songer à une lésion pulmonaire corticale siégeant à l'endroit même des adhérences; ou bien, enfin, le poumon, qui présente une lésion profonde et non inflammatoire, tel qu'un kyste hydatique, peut être libre de toute adhérence dans la cavité pleurale, et s'affaisser à l'ouverture du thorax.

Que peut-on penser de ces différents procédés d'exploration directe du poumon?

A l'heure actuelle il est difficile de juger de leur valeur respective, étant donné le petit nombre de cas où on a eu recours à eux. Il semble bien cependant qu'ils n'entreront jamais définitivement dans la pratique.

En résumé, l'auscultation, la percussion, la palpation du thorax, la radioscopie et la radiographie seront les seuls moyens dont nous pourrions disposer efficacement. Ils nous permettront, en général, de diagnostiquer le mode de gangrène auquel nous aurons affaire, et le siège du processus gangréneux. Nous n'oublierons pas cependant que les causes d'erreurs sont fréquentes. Notre observation est là pour nous le rappeler.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE

Historique. — Mosler, Koch, Pepper, Froenkel, avaient préconisé un moyen médicamenteux. Ils pratiquaient des injections intra-parenchymateuses à travers la paroi thoracique. Les liquides employés ont été successivement : le permanganate de potasse, l'acide phénique, la teinture d'iode, la solution iodoiodurée, le nitrate d'argent, le sublimé, l'acide salicylique. Chauffard, en France, employait le naphtol. On essayait d'expliquer la valeur thérapeutique de cette méthode, par la production d'un tissu cicatriciel qui aurait empêché le processus destructif du poumon. Les malades supportaient les injections sans aucun inconvénient ; mais le résultat obtenu, c'est-à-dire le changement des caractères de l'inflammation, la sclérose des tissus et la diminution de la suppuration, n'avaient pas souvent lieu. Hervelke, qui traitait cette affection avec du menthol et une solution alcoolique de thymol à 1 /2 pour cent, prétendit avoir obtenu deux cas satisfaisants sur trois.

Mais Mosler, qui avait préconisé cette méthode pendant dix ans, déclara n'avoir eu aucun cas de guérison ; et Pepper conclut, après six ans d'expériences, qu'on ne peut « par la thérapeutique d'injections, obtenir seulement une amélioration dans la gangrène pulmonaire ». Tout au plus, ajoutait-il, pouvait-elle diminuer la fétidité de l'haleine.

Cayley et Gould, Brookhouse, en Angleterre, conseillèrent aussi la simple ponction avec un gros trocart dans le but d'éliminer le pus et les tissus nécrosés.

Les résultats ne furent pas brillants.

En 1875, Mosler, après avoir essayé des pneumotomies sur des animaux, la tenta sur un homme porteur d'une grosse caverne au lobe supérieur du poumon gauche et qui était considéré comme perdu, le traitement habituel étant resté négatif. On pratiqua l'évidement des masses gangrénées et la caverne guérit en six semaines par formation de dedans en dehors de bourgeons et de granulations. Malheureusement, quelques mois après, le sommet droit se prenait à son tour et la mort survint le 25 mars 1876. A l'autopsie, on trouva une tuberculose généralisée avec dégénérescence amyloïde de tous les organes. Ce procédé, qui étonna le monde médical, n'était cependant pas nouveau.

En 1726, Barry l'avait pratiqué et ses opérations auraient été plus d'une fois suivies de succès. En 1769, Skarpe fit également des pneumotomies. En 1783, van Ponteau et Faye publièrent des observations. En 1815, Callisen, dans son traité de Chirurgie, déclare que toute suppuration du poumon était une indication formelle à l'incision. Cette indication fut mise en pratique par Bell, Nasse, Krimmer, Brischeteau, Classens, enfin, en 1844, par Hastings, Storks et Herff.

Les suites opératoires n'étaient pas, évidemment, très brillantes à cause du peu de précision dans le diagnostic et d'un manque total d'antisepsie. C'est pour cette raison que l'intervention fut oubliée jusqu'au jour où Mosler parla de nouveau de la pneumotomie et la remit en honneur.

L'exemple de Mosler marqua le début de toute une série d'essais dont plusieurs eurent des conséquences très heureuses. Les résultats auxquels on s'attendait, grâce à l'antisepsie, ne furent cependant pas toujours favorables, les

premiers temps surtout où l'on était décidé à opérer tous les cas de gangrène pulmonaire. Plus tard seulement, lorsqu'on commença à ne faire passer par le bistouri que les cas vraiment chirurgicaux, les succès furent plus grands. Malheureusement, la gangrène pulmonaire appartient aux maladies rares, et le champ d'expérience est, par ce fait, très limité.

Choix du procédé. — Nous ne conserverons que pour mémoire les injections modificatrices et la ponction au moyen d'un gros trocart. Les antiseptiques, en effet, n'entravent pas d'une façon efficace le processus morbide; quant à la ponction, elle est également à rejeter, le drainage étant totalement insuffisant.

La pneumotomie mérite donc seule de retenir notre attention.

Technique de la pneumotomie. — Certains auteurs pratiquent la simple incision de la paroi thoracique sans réséquer de côtes. Il semble que ce procédé présente plusieurs inconvénients; d'abord il ne donne pas un jour suffisant sur les parties profondes et le drainage de la cavité ne s'effectue pas dans de bonnes conditions. Aussi, M. le professeur Forgue est-il partisan, comme on a pu s'en rendre compte dans l'observation ci-dessus, de pratiquer une large brèche en réséquant plusieurs côtes. Il semble que trois suffisent sur une longueur de huit à dix centimètres. On comprend fort bien que la recherche du foyer gangréneux est dès lors étrangement facilitée. Enfin, comme le fait remarquer F. Terrier, le désossement du thorax au niveau de la caverne permet à celle-ci de se combler rapidement.

Lorsque le chirurgien a franchi la paroi thoracique, il se trouve, en général, en présence d'adhérences unissant le

poumon à cette paroi, il s'agit alors d'explorer la surface du poumon avec le doigt pour se renseigner sur le siège des lésions ou user de ponctions exploratrices qui fournissent parfois d'utiles renseignements. Dubrueil, dans un cas rapporté dans la *Gazette des Sciences médicales de Montpellier*, introduisit une fine aiguille de Potain pour s'assurer si elle restait immobile ou non, et pour être certain, de cette façon, s'il était au point exact d'adhérences. Un coup de thermovida un foyer gangréneux.

Lorsqu'on est suffisamment renseigné par ces divers modes d'exploration, on pratique l'incision large du tissu pulmonaire. On emploie pour cela le thermocautère au rouge sombre qui a l'avantage d'éviter les hémorragies. Il faut savoir qu'on a souvent été obligé de pénétrer à des profondeurs de huit à dix centimètres pour arriver jusqu'à la collection purulente. Lejars cite un cas où il fallut aller jusqu'à douze centimètres.

Lorsque toutes les ponctions et toutes les explorations sont restées sans résultat, il faut se contenter; suivant les conseils de Huber, de tamponner la cavité. Il peut se faire qu'une ouverture spontanée se fasse là où a été pratiqué le tamponnement.

Dans tout ce qui précède, nous avons supposé la présence d'adhérences unissant le poumon à la paroi. Dans le cas contraire, il faut envisager les deux hypothèses suivantes :

1^o *La séreuse est saine.* Le danger est le pneumothorax et l'inoculation de la plèvre par le contenu septique du foyer pulmonaire. Pour éviter ces deux complications, il faut provoquer la formation d'adhérences entre les deux feuillets pleuraux, au niveau où le poumon doit être incisé.

Dans ce but, on a eu recours à des procédés différents; on a d'abord tamponné la plaie avec de la gaze aseptique, et quelques jours après, lorsque les adhérences étaient solides,

l'incision pouvait être faite. De Cérenville pratiquait la suture des feuillets pleuraux et attendait quelques jours pour permettre aux adhérences de se produire. L'inconvénient de ces procédés consiste dans le fait qu'on est obligé d'attendre. On préférera la méthode de Roux, de Lausanne, qui permet l'ouverture immédiate du poumon. « On fera la suture à arrière-point, suture continue dont les deux chefs peuvent se nouer ensemble ; bien entendu la suture sera faite à distance du tissu sphacélé en plein tissu sain. »

Si un pneumothorax se produit, il faut saisir le poumon avant qu'il soit complètement rétracté et on le fixe à la plaie. On incise comme toujours au thermo-cautère.

2^o *La séreuse est infectée* et est le siège d'un épanchement purulent dû à la gangrène pulmonaire.

Il faut, dans ce cas-là, après ouverture du thorax et évacuation du liquide putride, rechercher la fistule qui fait communiquer la séreuse et la caverne, et, une fois cette fistule trouvée, inciser le poumon en suivant le trajet. Borchert nous rapporte, en effet, qu'il perdit quatre malades consécutivement parce qu'il s'était simplement contenté de traiter l'empyème.

Lorsque la caverne est ouverte et que le pus qui y est contenu s'est écoulé, il est recommandé de l'explorer soigneusement avec le doigt. On peut, de cette façon, détruire des cloisons qui y forment des clapiers et ouvrir des foyers de gangrène accessoire voisins de la cavité principale. Enfin, cela permet d'évider les détritiques et les débris sphacelés suspendus aux parois. Cette dernière manipulation doit être faite avec prudence, car il ne faut pas oublier que des hémorragies très graves peuvent se produire.

Nous croyons qu'il est inutile, ou peut-être même dangereux, de faire le lavage de la caverne. Cela ne peut qu'amener une suffocation pénible pour le malade par la

pénétration de liquide dans les bronches, et chasser des parcelles gangréneuses qui peuvent constituer autant d'embolies.

Un bon drainage et un tamponnement pratiqué avec de la gaze antiseptique, termineront l'opération.

Le nombre des pansements sera en rapport avec l'abondance de la suppuration.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

Parmi les complications post-opératoires de la gangrène pulmonaire, il en est une qui, par sa gravité et sa fréquence, mérite d'être décrite en premier lieu. Nous voulons parler de l'hémorragie. Cet accident peut se manifester soit sous forme d'hémoptysie, soit sous la forme d'un écoulement sanguin au niveau de la plaie. Dans une observation que nous avons placée à la fin de notre thèse, la malade présentait à la fois une hémoptysie et une hémorragie au niveau de ses drains.

Il convient de distinguer deux formes d'hémoptyxies : les petites, par hémorragie capillaire, bénignes, répétées; les graves, par rupture des gros vaisseaux, généralement mortelles. Celles-ci, les seules qui nous intéressent, sont beaucoup plus rares que les premières.

Quand la mort survient, elle est due soit à un affaiblissement progressif, soit à une hémoptysie foudroyante d'emblée. On a signalé aussi des hémorragies secondaires se produisant à l'occasion d'un pansement. Chez un malade de Walsham, l'accident était dû à l'érosion d'un vaisseau par la pression continue d'un drain.

En présence d'une complication aussi redoutable, quelle doit être la conduite du médecin?

D'abord, au point de vûe prophylactique, on aura soin de mobiliser les drains avec douceur afin qu'ils n'exercent pas une pression continue en un même point.

Mais, lorsque l'hémorragie est déclarée, nous pensons qu'il est inutile et même dangereux d'aller essayer de procéder à la ligature du vaisseau. En effet, dans une plaie profonde où le siège exact de l'artère qui donne est difficile à déterminer et qu'on ne peut aborder qu'à travers un orifice étroit, la chose est à peu près impossible; de plus, sur une paroi vasculaire plus ou moins altérée, la ligature ou la pince ne réussiraient pas le plus souvent à assurer l'hémostase définitive.

En conséquence, c'est au tamponnement de la caverne que nous aurons recours. On le pratiquera avec de la gaze aseptique, et c'est avec d'infinies précautions qu'on la retirera aux pansements suivants. Delbet, en effet, nous rapporte un cas malheureux dont nous devons tirer un enseignement. Au cours d'une pneumotomie, cet auteur voit son malade prendre une hémorragie formidable. Sous l'influence d'un tamponnement à la gaze stérilisée, l'hémorragie s'arrêta. Au bout de cinq jours, Delbet voulut enlever cette gaze. Une hémorragie aussi considérable que la première l'obligea à faire un nouveau tamponnement serré. Au neuvième jour, on voulut refaire le pansement et une nouvelle hémorragie mit fin aux jours du malade. Une autre complication également, assez fréquente, est celle qui se manifeste par une infection secondaire du foyer gangréneux. Après une amélioration passagère, la fièvre, la toux, l'expectoration abondante et fétide reparaissent. En général, ces accidents sont dus à la rétention des produits septiques au niveau de la caverne. Le drainage en est mal fait et une nouvelle opération peut être rendue nécessaire.

On a signalé aussi des abcès du cerveau sans qu'on puisse incriminer l'intervention chirurgicale.

Le poumon du côté opposé peut être le siège d'une affection quelconque et il n'est pas rare de voir la broncho-pneumonie venir assombrir le pronostic d'une intervention qui, jusque-là, avait été satisfaisante.

Pour terminer, citons le cas de Malbot, qui est rare, mais qui n'est pas unique dans la littérature. Cet auteur était en train d'exercer des tractions assez fortes pour dégager un séquestre pulmonaire lorsque le malade fut pris d'une syncope avec mort apparente, pendant plusieurs heures.

Cet accident était dû à une embolie filamenteuse arrêtée dans la sylviennne gauche; il y eut persistance pendant une journée d'une hémiplegie droite avec aphasie et, finalement, disparition rapide et complète des accidents cérébraux.

CHAPITRE V

PRONOSTIC ET STATISTIQUE

La gangrène pulmonaire est une affection très grave. L'intervention chirurgicale, faite d'une façon judicieuse, semble avoir amélioré les statistiques, mais la mortalité reste cependant encore bien élevée. Nous ne nous occuperons ici que de la mortalité dans la gangrène chirurgicale.

Pour Truc, en 1885, et pour Richerolle, en 1892, elle était de 45 pour cent. En 1894, Fabricant signalait une légère diminution et accusait 38 pour cent. En 1897, au Congrès de Moscou, Tuffier considérait qu'elle était de 40 pour cent. En 1898, Villière admettait le même chiffre. En 1902, Garré et Sultan constatent qu'elle n'est plus que de 34 pour cent sur 122 cas analysés dans leur mémoire.

Enfin, en 1904, Auvray réunissait 63 faits nouveaux d'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire.

« J'ai colligé, dit-il, tous les cas cités par les auteurs sous la dénomination de gangrène pulmonaire, d'abcès gangréneux, de cavernes à contenu fétide, c'est-à-dire les cas où le poumon, quelle que soit la lésion primitive (pneumonie, broncho-pneumonie, dilatation bronchique, corps étranger, etc.), a été envahi par les microbes saprogènes, cause de la gangrène. Mais je n'ai rassemblé que les faits où il y a eu ouverture chirurgicale et drainage des foyers pulmonai-

res, éliminant soigneusement ceux où une intervention incomplète, et par conséquent inutile, fut pratiquée, tels les cas assez nombreux où une simple pleurotomie s'adressa à une pleurésie putride concomitante d'une gangrène méconnue ou introuvable. Or, les 63 observations nouvelles qui figurent dans ma statistique ont donné 38 guérisons opératoires et 25 morts, ce qui porte la mortalité générale à 36,9 pour cent. Ce chiffre est sensiblement égal à celui de Tuffier (1897) et Villière (1898), pour lesquels la mortalité était de 40 pour cent; il est supérieur au chiffre cité dans la statistique récente de Garré et Sultan (34 pour cent).

« Force est donc d'admettre que, dans ces dernières années, la mortalité opératoire ne s'est pas abaissée. Je m'empresse d'ajouter toutefois, que ces statistiques d'ensemble, basées sur des observations très disparates et appartenant à des chirurgiens très différents, n'ont pas la valeur des statistiques personnelles; c'est ainsi que dans la statistique personnelle de Tuffier, portant sur onze cas publiés depuis 1898, la mortalité n'est plus que de 36 pour cent. »

On voit, d'après ce pourcentage, que la pneumotomie est encore une opération très grave.

Que faut-il incriminer pour expliquer ces résultats un peu décourageants?

D'abord ce fait, c'est que les malades sont en général opérés trop tard, dans un état par conséquent d'épuisement considérable et d'infection profonde.

Ensuite, c'est que les complications post-opératoires, que nous avons décrites dans un chapitre précédent, sont nombreuses et redoutables : hémorragies secondaires, abcès du cerveau, méningites, lésions du poumon appartenant au côté opposé, embolies septiques, etc.

Enfin, c'est que des cas médicaux de gangrène pulmonaire ont été opérés par suite d'erreurs de diagnostic.

Constatons, pour terminer, que l'étiologie de la gangrène joue un grand rôle et a une influence manifeste sur les résultats de l'opération. La mortalité opératoire est bien moins élevée dans les gangrènes consécutives aux affections inflammatoires du poumon (pneumonie, bronchite, broncho-pneumonie), que dans celles qui succèdent à la bronchectasie, aux corps étrangers du poumon, aux plaies de poitrine, aux embolies, aux perforations de l'œsophage.

Netter, dans le traité de médecine de Bouchard et Brissaud, donne une statistique très instructive et qui est à l'appui de ce que nous venons d'avancer. La voici :

GANGRÈNE CONSÉCUTIVE :

1 ^o <i>A une affection inflammatoire du pou-</i>	Guérisons,	39
<i>mon</i>	Morts,	15
	Amélioration,	1
2 ^o <i>A une bronchectasie</i>	Guérison,	1
	Morts,	4
3 ^o <i>Corps étrangers</i>	Guérison,	1
	Mort,	1
4 ^o <i>Embolie</i>	Guérison,	1
	Mort,	1
5 ^o <i>Plaie de poitrine</i>	Guérison,	1
	Mort,	0
6 ^o <i>Perforation de l'œsophage</i>	Guérison,	0
	Morts,	2

Mais toutes ces statistiques ne donnent que le résultat opératoire immédiat. Or, le côté vraiment pratique de la question est de connaître le résultat éloigné, définitif, obtenu par l'opération. Malheureusement nous sommes obligés de reconnaître que ces résultats éloignés sont encore moins satisfaisants que les résultats immédiats.

Certes, s'il est de toute évidence que certains malades, revus deux ans, quatre ans, et même plus après l'opération, ne présentent aucun trouble pulmonaire, il en est d'autres qui, quoique très améliorés, présentent toujours des symptômes pulmonaires subjectifs et objectifs qui empêcheront de les considérer comme définitivement guéris, si l'on entend sous cette dénomination la restitution *ad integrum*. C'est ainsi que s'exprime Tuffier à propos de onze cas de sa statistique. Sept de ces malades avaient bien guéri de l'opération, mais, sur ces sept cas, il ne comptait que deux guérisons définitives.

Au début de cette thèse, lorsque nous nous sommes occupés des indications de l'intervention chirurgicale, nous avons établi une différence entre la gangrène aiguë et la gangrène succédant à une lésion chronique du poumon et nous disions que la première présentait de meilleures chances de succès opératoire. Au point de vue pronostic, nous devons ajouter que, dans la première, la guérison définitive est souvent la règle, tandis que dans la seconde, ainsi que le dit Villière, « les deux poumons sont très souvent atteints et une fois le foyer gangréneux évacué, il persiste des dilatations bronchiques, de la sclérose pulmonaire, contre lesquelles il est impossible d'agir ».

Aussi, verrons-nous des cas aigus guérir en quelques semaines parce que le tissu pulmonaire qui entoure la caverne n'est pas sclérosé, les lésions étant de date récente, et qu'il peut faire plus facilement les frais d'une cicatrisa-

tion. Tandis que les gangrènes chroniques peuvent n'aboutir à la guérison qu'après une fistulisation prolongée de douze, quinze et dix-huit mois, et même n'aboutir jamais à la restitution « *ad integrum* (Tuffier).

Quand nous nous trouverons en présence d'une gangrène pulmonaire, nous aurons par conséquent le soin de réserver soigneusement notre pronostic.

Même lorsque l'état général sera bon, même lorsque l'examen du thorax nous donnera les signes stéthoscopiques d'une lésion parfaitement localisée et de peu d'étendue, nous n'oublierons pas les difficultés et les erreurs du diagnostic.

L'observation, qui nous est personnelle nous permet de déduire encore ce dernier enseignement.

CONCLUSIONS

1^o Dans la gangrène pulmonaire sont seulement justifiées de l'intervention chirurgicale les formes circonscrites avec rétention sphacélique dans la cavité.

2^o L'intervention dans la gangrène diffuse non seulement n'améliore pas l'état du malade, mais encore précipite le dénouement.

3^o La localisation exacte de la caverne et du foyer gangréneux, dont l'importance est considérable au point de vue clinique, est malheureusement d'un diagnostic délicat, quelquefois même impossible.

4^o La pneumotomie est l'opération de choix. Dans les formes localisées, quand elle est précoce et large, elle est suivie dans bon nombre de cas de résultats très heureux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Thèse de von Ulatowski. Kiel)

Marguerite Mayer, 50 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} septembre 1902. Depuis une vingtaine de jours, la malade se plaint que ses deux bras et son visage se sont subitement enflés. Cette tuméfaction ne tarde pas à disparaître, mais aussitôt une toux violente s'installe, accompagnée d'une expectoration fétide. La partie droite de son thorax devient aussitôt le siège d'une tumeur volumineuse sans que cette apparition soit marquée de douleurs bien vives.

Au point de vue antécédents personnels, il y a un an et demi, il s'est produit une inflammation des ganglions du cou qui, après avoir suppuré pendant six mois, se sont, petit à petit, cicatrisés. Seize grossesses. Douze enfants en vie et bien portants. Durant les six dernières années, métrorragies violentes et fréquemment répétées.

Antécédents héréditaires : Ascendants et collatéraux de bonne santé habituelle.

Etat actuel : Femme chétive. Muqueuses décolorées. Langue saburrale, odeur repoussante de l'haleine. Points douloureux au niveau du côté droit de la cage thoracique, au niveau de l'insertion du cléido-mastoïdien et dans la fosse sus-claviculaire droite où se voient encore les cica-

trices des trajets fistuleux des ganglions. Au-dessus de la mamelle droite, on constate une tuméfaction proéminente, du volume d'un poing, œdématiée et d'un aspect livide. Cette tuméfaction n'est mobile ni sur le thorax ni sur la face profonde de la peau; elle n'est pas nettement limitée et fluctue. La contraction du pectoral n'a aucune influence sur elle et les veines cutanées sont bleuâtres et largement dilatées.

Examen. — Poumon gauche. Sommet en avant et en arrière de sonorité tympanique, respiration légèrement obscure. Base sonore, respiration normale. Poumon droit. Le sommet donne une percussion mate en avant et en arrière. Au point de vue auscultation, en arrière, on entend en partie le murmure vésiculaire avec ton amphorique et quelques râles sous-crépitaux. En avant, le timbre amphorique est encore plus net et il y a des gargouillements. Base normale.

Cœur: pas de bruits anormaux. P. = 120, petit, mais régulier. Dans l'abdomen, on constate un léger ascite. T. = 37°4.

Traitement. — Ouverture de l'abcès le 5 septembre, par une incision oblique. Issue de pus vert très fétide. Drainage et tamponnement. Sept jours après, au moment d'un pansement, on voit du pus sourdre du troisième espace intercostal. L'expectoration a augmenté. La température est à 39°4.

Le 13 septembre, on l'opère de nouveau; l'incision est agrandie; on résèque les deuxième, troisième et quatrième côtes et l'on ne va pas jusqu'au poumon à cause de la non adhérence des feuillets pleuraux. Un drain est placé dans l'angle supérieur de la plaie.

Le 17 septembre, s'élimine tout à coup un bloc considérable de tissu pulmonaire gangrené, et une grande quantité de pus.

Les jours suivants, la plaie semble être le siège d'une granulation de bonne nature, mais l'état général continue à décliner et la malade meurt dans les premiers jours du mois suivant.

Autopsie. — Poumon gauche emphysémateux. Plèvre normale. Poumon droit. Présence sur toute la hauteur d'une quantité innombrable de nodules sphacelés, destruction du sommet éliminé lors d'un pansement. Plèvre purulente. Quelques ganglions rétrécissent la veine cave supérieure. Vieille thrombose de la veine jugulaire droite.

Microscopiquement : pneumonie chronique, pas de caséification de cellules géantes.

OBSERVATION II

(Szczypiorsky)

Gangrène en bloc du lobe pulmonaire supérieur gauche consécutive à une pneumonie franche aiguë. Crachats non fétides. Résection costale. Issue en masse du lobe gangréné. Mort.

J. S..., 49 ans, fait une pneumonie de la base gauche en apparence normale, puis, au neuvième jour, le sommet du poumon se prend, les crachats deviennent purulents, et malgré l'absence de fétidité, M. Szczypiorsky pense à une collection interlobaire avec gangrène probable. Il résèque la sixième côte et ouvre une cavité interlobaire. Puis, cinq jours après, en faisant le pansement, il retire un bloc volumineux de parenchyme pulmonaire qui figurait tout le lobe supérieur.

Néanmoins le malade finit par s'affaiblir et succomber.

OBSERVATION III

(Tuffier)

Un jeune homme de vingt-huit ans entre, le 31 janvier 1908, dans le service de Beaujon, pour une expectoration fétide et chronique. A l'âge de sept ans, il eut une pneumonie ; en octobre 1903, il eut une pleurésie gauche métapneumonique. En janvier 1904, à la suite d'une nouvelle pleurésie diagnostiquée interlobaire, une vomique donna issue à plusieurs verres de pus, et depuis cette époque il est atteint d'une expectoration fétide d'abondance variable ; en septembre 1905, hémoptysie et une nouvelle congestion pulmonaire gauche assez grave. L'expectoration est plus abondante et a lieu pendant des quintes de toux, surtout accentuées dès que le malade se couche à gauche.

Actuellement il rend environ 300 grammes de pus par jour, la toux est fréquente et quinteuse. Il est très amaigri, émacié avec une fièvre vespérale de 38°4 en moyenne ; il présente la déformation hippocratique des phalanges.

Tout le côté gauche du thorax est rétracté, le cœur bat dans le troisième espace intercostal gauche sur la ligne axillaire.

La matité est complète de la moitié de la hauteur de l'omoplate jusqu'à la base, le sommet est sonore, les vibrations thoraciques sont exagérées dans toute l'étendue de la matité. Le murmure vésiculaire est très affaibli dans toute cette région. Dans le tiers moyen du poumon, il existe un souffle amphorique et un retentissement de la voix très nets. La radiographie montre une obscurité qui s'étend depuis l'ombre normale du cœur jusqu'à la base gauche du thorax. Les trois premiers espaces intercostaux sont translucides.

Opération le 3 février. Résection sur la ligne axillaire des septième et huitième côtes dans l'étendue d'environ huit centimètres, affleurant la pointe de l'omoplate relevée. La plèvre adhérente est incisée, le poumon sous-jacent est fibreux et crie sous le bistouri; à une profondeur de trois centimètres, ne trouvant aucune cavité, je ponctionne en divers sens avec une aiguille à rachis sans résultats. Débridant alors en arrière en un point qui me paraissait plus dur, j'ouvre une petite cavité du volume de la dernière phalange du pouce ne contenant pas de pus (au début de l'anesthésie le malade a eu, comme il est fréquent, une vomique considérable). Drainage par une mèche et un drain.

Les suites opératoires ont été remarquables, la température est tombée à 37°5 pour ne plus remonter, l'expectoration est nulle sauf quelques crachats hémoptoïques le premier jour. L'appétit est revenu. Suppression définitive du drainage le 30 février. Guérison complète.

OBSERVATION IV

(Helferich, Kiel)

V. S..., boucher, 22 ans, tombe malade le 14 novembre 1901. Frissons, violent point de côté dans le thorax du côté droit, oppression progressive.

Etat à l'entrée (25 novembre 1901). — Dyspnée intense, respiration superficielle. Douleurs vives dans la région du mamelon droit. Expectoration de crachats pneumoniques.

Examen. — Matité complète à la base droite. Murmure vésiculaire presque disparu. Vibrations exagérées. Sommet droit normal en avant et en arrière. Poumon gauche également normal. Cœur : rien à signaler. Matité normale. Bruits normaux. La température se maintient entre 39° et 40°.

Traitement. — On pratique d'abord une ponction exploratrice dans le cinquième espace intercostal. On retire un exsudat putride d'une odeur fétide. La dyspnée disparaît après la ponction.

Le lendemain matin, on pratique l'opération.

Le 20 novembre, on pratique l'empyème et on retire une quantité considérable de pus.

Le 22 novembre, après une amélioration passagère, on est obligé d'inciser à nouveau la plèvre.

Le pus continuant à s'écouler et la dyspnée devenant plus intense, on agrandit, le 30 novembre, la première incision, on résèque la neuvième côte, et on draine largement.

L'état du malade s'améliore et se maintient assez bon pendant un mois. Mais le 12 janvier, l'expectoration revient, fétide cette fois-ci, et on se décide encore à une nouvelle intervention. On résèque la huitième côte; on fait des ponctions exploratrices sans résultat, mais on arrive à découvrir un trajet fistuleux qui fait communiquer la séreuse avec le poumon. On tombe sur une cavité du volume d'une noix. On la draine et on fait le pansement. Après un mois d'un état stationnaire, on pratique, le 22 février, une dernière opération. Les neuvième, huitième et septième côtes sont alors réséquées sur une longueur de dix centimètres et un bloc pulmonaire sphacélé, du volume d'une orange, s'élimine.

A partir de ce jour, le malade voit ses forces revenir, et malgré l'apparition d'une érysipèle au niveau de la plaie, la cavité bourgeonne et se comble parfaitement. Guérison définitive.

OBSERVATION V

(Bazy)

Homme de 24 ans, épileptique, atteint de gangrène pulmonaire avec expectoration extrêmement abondante et fétide.

Les accidents avaient débuté trois mois auparavant par de la toux, de la fièvre et bientôt une expectoration caractéristique.

Les signes s'étaient localisés à la base du poumon droit où la percussion dénotait une zone de matité bien limitée. Sur le côté droit du thorax et un peu en arrière, on pratique une incision longue de dix centimètres parallèle à la neuvième côte, que l'on résèque sur une longueur de six centimètres environ. La plèvre paraissant saine et non adhérente, l'on pratique sur la huitième côte une résection de six centimètres. Même aspect de la plèvre.

Pour n'être pas exposé à un échec, on fait une petite boutonnière à la plèvre en prenant toutes les précautions possibles pour éviter l'entrée de l'air. L'opérateur explore avec son doigt la plèvre dans tous les sens et finit par sentir tout à fait en haut une adhérence dont la limite inférieure est seule perceptible. C'est au niveau de la quatrième côte; on résèque la dite côte et un fragment de la supérieure. La plèvre apparaît épaissie et d'une teinte feuille morte. Au moyen du thermo-cautère on incise, et à travers le tissu pulmonaire sclérosé on finit par entrer dans une cavité d'où sort un flot de pus horriblement fétide; nettoyage de cette cavité, drainage. Guérison.

OBSERVATION VI

(Ricard)

Femme de 25 ans entre à l'hôpital Necker. Elle a accouché, le 30 juillet 1897, à la clinique de la rue d'Assas, elle en est sortie le 9 août, après avoir, durant son séjour, éprouvé un point de côté siégeant à gauche, mais ne s'accompagnant ni d'élévation de température ni d'expectoration. Le jour de la sortie, elle aurait éprouvé un violent frisson suivie d'une dyspnée intense. Le 11, le point de côté est violent, la dyspnée intense, la toux quinteuse et fréquente est suivie d'une expectoration aérée, visqueuse. L'état reste stationnaire pendant quelques jours, lorsque, dans la nuit du 30 au 31 août, la malade est prise de quintes de toux violentes et rejette près de trois crachats de pus d'odeur infecte.

Examen. — Matité à la partie moyenne du poumon gauche plus marquée au voisinage de la colonne vertébrale que sur les parties latérales du thorax. A l'auscultation, on constate dans toute l'étendue de la zone mate l'existence d'un souffle caverneux.

Le 6 septembre, M. Ricard pratique la pneumotomie.

Ne pouvant réséquer au niveau même de la septième côte, recouverte par l'omoplate, M. Ricard pratique la résection de dix centimètres de la huitième côte immédiatement au-dessous de l'angle du scapulum. La plèvre mise à nu est incisée dans toute l'étendue de la plaie et ensuite divisée crucialement. Les bords en sont relevés, et il est facile de voir à travers cette large boutonnière le poumon de couleur rougeâtre, à peine rétracté, de consistance à peu près semblable à celle du poumon normal.

La palpation faite à sa surface ne décèle la présence d'aucune collection voisine; évidemment la collection est profonde. M. Ricard incise alors deux centimètres environ de la surface pulmonaire et, coiffant son index au fond de cette incision, il l'insinue par effraction lente dans le tissu pulmonaire. Le doigt peut ainsi pénétrer dans toute sa longueur. A peine s'il se fait d'écoulement sanguin. Le trajet suivi par le doigt est oblique en bas et en dedans. L'extrémité du doigt doit être près du plan médian et à peu près au niveau de la neuvième dorsale. M. Ricard explore alors les différentes parois du trajet qu'il a ainsi artificiellement creusé et au-dessous du foyer révélé par la percussion et l'auscultation, il perçoit une masse plus résistante. Sous le doigt, un trocart est dirigé vers cette partie rénitente dans laquelle il pénètre.

Une goutte de pus apparaît à l'extrémité du trocart avant même qu'on ait pu mettre le tube aspirateur. Une grosse quantité de pus fétide sort. On draine et on tamponne.

Les suites opératoires sont bonnes. Le 20 octobre la malade est complètement guérie.

OBSERVATION VII

(Wolkowitch)

Homme de 35 ans, tombe brusquement malade dans les premiers jours de décembre 1896; fièvre, toux, point de côté, dyspnée assez vive. Lors de son entrée à l'hôpital, il est extrêmement épuisé, son haleine et ses crachats très fétides rappellent la putréfaction cadavérique.

A l'inspection, les deux côtés de la poitrine sont sensiblement égaux. A la percussion du côté droit en arrière, submatité augmentant graduellement de haut en bas, matité

absolue en avant au niveau de la quatrième côte. A l'auscultation, respiration faible en arrière, au sommet du poumon et diminuant encore vers la base; en avant, au niveau de la quatrième côte, respiration amphorique avec gros râles. Changement de la hauteur du son à la percussion, suivant que la bouche est ouverte ou fermée.

Le 27 décembre, anesthésie au chloroforme. Résection de la cinquième côte sur une longueur de 6 centimètres. La plèvre est adhérente. Après incision du poumon, on tombe dans une poche longue et étroite présentant des parois mortifiées et saignant peu. Des cloisons incomplètes la séparent d'autres poches remplies de tissu pulmonaire sphacélé. L'ensemble de ces cavités forme une perte de substance, où pourrait se loger une tête de fœtus. Drainage, pansements.

Les suites opératoires sont normales, bourgeonnement.

Le malade sort guéri de l'hôpital.

OBSERVATION VIII

(Delbet)

G. S..., sans profession, à la suite d'accidents aigus sur la nature^e desquels nous n'avons pu obtenir de renseignements bien précis, souffrait depuis plusieurs années, huit ans, si je me le rappelle bien, d'une expectoration extraordinaire par son abondance. Elle crachait d'une manière presque continue, expectorant par jour plusieurs litres de liquide d'une odeur fade écœurante. Bien que sa santé générale fût assez bonne, cette infirmité l'obligeait à mener une vie de recluse. Elle ne pouvait sortir de chez elle que munie d'un crachoir énorme qu'elle dissimulait dans un sac.

Le diagnostic posé est celui de caverne consécutive à une pleurésie interlobaire. Les signes caverneux avaient une

grande intensité, étaient limités, et tout portait à croire que la cavité était très considérable.

Après avoir réséqué une côte sur une étendue de cinq à six centimètres, j'incisai et je trouvai les deux feuillets de la plèvre adhérents par des tractus lamelleux assez lâches. Je me mis en devoir d'inciser le poumon. Je préfère beaucoup pour cela le thermocautère. Après avoir traversé un centimètre et demi environ de tissu pulmonaire induré, j'arrivai dans une cavité dont les dimensions étaient celles d'une noix. En explorant avec le doigt, j'effondrai quelques cloisons, je mis un gros drain et je terminai l'opération.

Le résultat fut complet. L'expectoration diminua immédiatement et bientôt disparut complètement.

OBSERVATION IX

(Tuffier)

Un homme de 29 ans. est pris brusquement, quinze jours après la guérison d'une angine, d'un point de côté violent au niveau du mamelon droit avec quintes de toux, vomissements, expectoration grisâtre, fièvre. Il entre aussitôt à l'hôpital, où on le soigne pendant six semaines et d'où il sort en apparence guéri.

Il est obligé d'y rentrer en juin 1900, à la suite d'une hémoptysie assez abondante. On porte le diagnostic de pleurésie interlobaire (il a eu une vomique et crache 3/4 de litre environ de pus fétide par jour). Pendant la semaine qui suit, la toux augmente; l'expectoration également, les crachats, plus abondants le matin, deviennent plus fétides.

A l'inspection, le thorax ne présente rien d'anormal. La percussion permet de limiter à droite et en arrière, entre la colonne vertébrale et la ligne axillaire postérieure d'une part, entre une ligne horizontale passant par la

cinquième vertèbre dorsale et une autre horizontale passant par la neuvième dorsale d'autre part, une zone de matité où l'auscultation révèle une diminution très notable du murmure vésiculaire, des frottements dont le maximum se trouve au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; il n'y a ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. Malgré les examens répétés, on n'a pu percevoir de signes cavitaires (gargouillement, souffle amphorique, etc.). La radiographie n'est pas d'accord avec les signes stéthoscopiques pour la localisation du siège des lésions; elle semble les localiser plus bas vers la base du poumon.

Néanmoins, à l'opération qui eut lieu le 28 novembre 1899 je me guidai sur les indications stéthoscopiques et je pratiquai une incision parallèle à la huitième côte. Après avoir réséqué cette côte, je ne trouvai rien. Je réséquai alors la neuvième côte, et dans la région d'ombre maxima indiquée par la radiographie, je trouvai une plèvre adhérente et un poumon sclérosé, dur. J'incisai le tissu pulmonaire au point où il me parut offrir le plus de résistance et je tombai ainsi à la profondeur de plus d'un centimètre sur une cavité irrégulière du volume d'une noix. Aussitôt le malade, qu'on n'avait pas mis avec intention en état de narcose parfaite, évacua par la bouche des crachats purulents, mélangés de sang.

Je drainai avec des mèches cette cavité gangréneuse et je refermai partiellement la plaie cutanée avec quelques points de suture. Les suites opératoires n'ont rien présenté de particulier. Je signalerai cependant un œdème du bras droit survenu le dixième jour, œdème blanc sans traînées de lymphangite, sans chaleur du membre et qui disparut au bout de trois semaines. Le trajet, à ce moment-là, était à peu près fermé, le malade ne toussait plus, n'avait pas de fièvre. La guérison fut complète.

OBSERVATION X

(Selby. *Britisch medical Journal*)

Homme âgé de 26 ans. Il a reçu un coup dans le côté droit. La douleur est localisée sur la cinquième côte sur la ligne médiane axillaire.

L'examen médical ne révèle rien.

Du 12 au 17 décembre 1900, fièvre, toux et expectoration fétide.

Le 27 décembre, à trois pouces en arrière du point douloureux, il y a de la matité et un bruit respiratoire affaibli.

Le 1^{er} janvier, ponction exploratrice négative, une deuxième à trois pouces en arrière ne donne pas non plus de résultat.

Certain de la présence du pus; on anesthésie à l'éther et l'on fait encore une ponction au-dessous des points précédents et on retire un peu de pus.

On conclut alors à une pleurésie purulente.

On résèque un pouce et demi de la cinquième côte au point où on a retiré du pus.

La cavité pleurale ouverte, on constate que le poumon distendu est dur et résistant, sa surface est congestionnée; il est évident que le pus vient du poumon lui-même, mais on ne peut pas en trouver le siège, malgré les ponctions répétées. La plaie est suturée; quelques jours après, le tissu sphacélé s'élimine de lui-même et le malade, amélioré, sort de l'hôpital.

OBSERVATION XI

(Quincke)

Abcès du poumon. On ne peut trouver le foyer. Guérison.

Homme de 26 ans.

Entre à l'hôpital dans un état considérable d'amaigrissement provoqué par une expectoration abondante et fétide.

Dans la partie moyenne de ce poumon, on constate une zone de matité. On entend des bruits cavitaires au niveau de la neuvième côte.

Le diagnostic de gangrène du poumon gauche est posé.

Au siège maximum des bruits, on incise la paroi thoracique, on résèque la neuvième côte au thermocautère. On ne trouve pas de pus. Malgré plusieurs ponctions, il est impossible de tomber sur une caverne.

On se contente alors de drainer la plaie.

Neuf jours après, la cavité se vide dans la plaie et il s'élimine du tissu pulmonaire sphacélé en grande quantité.

Le malade finit par guérir d'une façon à peu près complète, mais il conserve encore une fistule.

OBSERVATION XII

(Tuffler)

Gangrène pulmonaire métapneumonique. Thoracotomie et pleurotomie.

Impossibilité de trouver le foyer morbide.

X..., 59 ans, employé à la Cie du gaz, est pris au milieu d'une santé parfaite et après un travail habituel dans un milieu de gaz méphitiques, le 7 juin dernier, d'un frisson violent avec un point de côté à droite, dans la région moyenne

du poumon gauche, et il présente tous les signes d'une pleuro-pneumonie droite.

Au quinzième jour, ses crachats deviennent fétides, grisâtres, sanguinolents et une gangrène pulmonaire est évidente. Le 27 juin, des signes cavitaires existent et l'expectoration se fait par quintes, sous forme de vomiques; la fièvre prend le type intermittent. Je vois alors le malade avec son médecin traitant, qui croit une intervention indiquée. L'état général me paraissait bon, la caverne semblait se vider; je crus devoir temporiser, et le traitement médical fut continué.

Mais le 20 juillet, je fus appelé de nouveau; je trouve cet homme très amaigri, la face terreuse, l'aspect cachectique, la fétidité des crachats est atroce l'expectoration est difficile. Je décide alors de l'opérer le 22 juillet.

Le malade est couché sur le côté gauche. Incision parallèle à la septième côte sur la ligne axillaire, débordant fortement cette ligne en arrière. La plèvre pariétale est mise à découvert. Aucun changement de coloration ni d'aspect. Un sifflement indique la pénétration de l'air malgré la précaution prise pour l'éviter; le poumon se rétracte fortement. Mon index dans la cavité pleurale explore la face externe du poumon qui est tout à fait à l'extrémité du doigt. Je ne sens aucune induration ni aucune adhérence. Pendant ce temps, le malade fait de violents efforts d'expiration. Le poumon est projeté vers la plaie, la respiration est irrégulière, très anxieuse; la face devient livide et violacée. L'état du malade devient si inquiétant, que je ne crois pas devoir prolonger mon exploration. Je saisis le poumon avec une pince à griffes. Je cherche à obstruer aussi l'ouverture pleurale, mais les efforts respiratoires sont tels que cette fixation est illusoire et que je dois mettre dans la plaie une mèche de gaze iodoformée et fermer, au plus vite l'espace intercostal.

Les troubles respiratoires diminuent quand le malade se réveille. Quarante-huit heures après, la mèche est enlevée; il reste encore un léger pneumothorax. Les jours suivants, l'état est toujours grave et un épanchement se manifeste à la base; en même temps un suintement d'un liquide sanieux contenant des parties sphacélées se fait au niveau du trajet laissé par la mèche. Malgré ces incidents, le malade guérit de son opération; il a pu reprendre son travail.

OBSERVATION XIII

(Tuffier)

M. B..., 60 ans, entre le 6 novembre 1895 dans le service de M. Tuffier. Six semaines avant, le malade a souffert d'un point de côté droit; il a eu quelques frissons et de la fièvre; puis de la toux avec expectoration colorée. Les phénomènes de pneumonie ont duré une semaine environ. Une semaine avant l'entrée à l'hôpital, il a commencé à cracher du sang; ce sont ces hémoptysies persistantes qui l'ont décidé à venir se faire traiter.

Dans la nuit qui suit son entrée, en 12 heures environ il a rendu deux crachoirs pleins de sang. En examinant son expectoration, il est facile de reconnaître qu'il s'agit de crachats fortement colorés de sang noirâtre. C'est un mélange de muco-pus et de sang. L'expectoration est inodore.

Signes physiques. — Le quart environ de la face postérieure du poumon droit est mate entre la moitié supérieure et le quart inférieur. Vibrations abolies à ce niveau. A l'auscultation, un souffle tubaire intense au moment de l'expiration, et quand on fait tousser le malade quelques râles sous-crépitants.

Opération le 7 novembre. Incision dans le huitième

espace intercostal. Résection de la septième côte. La plèvre pariétale s'applique sur le feuillet viscéral et on voit le poumon mobile; un point de la plèvre, d'une dimension égale à celle d'une pièce de cinq francs, apparaît jaunâtre; au toucher, cette partie est dure.

On incise ce point jaunâtre et dur du poumon sur une longueur de 4 centimètres et demi environ; la plèvre apparaît très épaissie, faisant corps avec le poumon; brusquement on pénètre dans une cavité énorme d'où s'échappe un pus brunâtre d'odeur infecte et des fragments noirâtres de parenchyme pulmonaire. On bourre la cavité avec trois mèches de gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Quelques jours se passent avec des périodes d'aggravation et de rémission lorsque, le 13 novembre, un peu de dyspnée est constatée et soudain, le soir, le malade est pris d'une hémoptysie et meurt avant que l'interne prévenu ait eu le temps d'arriver.

A l'autopsie, on constate que l'incision aboutissait en plein centre de la cavité. Les adhérences pleurales avaient l'étendue de la paume de la main; elles correspondaient à la cavité; il n'y avait pas de traces de pleurésie ni de pneumothorax. L'hémorragie s'était faite au centre de la cavité gangréneuse.

L'hémoptysie n'était pas due, comme on pourrait le croire, au décollement pleuro-pariétal. A l'intérieur de la caverne, on pouvait apercevoir la coupe d'une artériole, cause de l'hémorragie.

OBSERVATION XIV

(Bérard. Lyon)

J. V..., ménagère, 21 ans, mariée depuis dix mois, s'est toujours bien portée avant sa maladie actuelle. Accouche-

ment un mois avant son entrée à l'hôpital. Peu après sa délivrance, la température oscille entre 38°9 et 39°9. Eut quelques crises d'éclampsie répétées coup sur coup pendant quatre jours.

Il y a deux semaines que la malade accuse de violents points de côté siégeant d'abord à droite, puis à gauche, des frissons, de violents accès de toux. La température est aux environs de 39 degrés. Quelques jours après, elle se plaint de son expectoration fétide à odeur repoussante, dit-elle. N'a pas eu de vomique.

Examen à l'entrée (28 novembre).— Mauvais état général, crachats purulents, fétides. Respiration à 35. Température à 39 degrés. Signes d'épanchement à la base droite dans tout le tiers inférieur. A gauche, matité, obscurité respiratoire à l'extrême base seulement.

Opération. - Le 2 décembre, le docteur Bérard résèque la neuvième côte et après évacuation d'une grosse quantité de pus place deux gros drains en canon de fusil.

Après quelques jours d'amélioration, le 26 décembre, la malade se plaint, dès le réveil, de sa mauvaise haleine et à dix heures du matin, très subitement, survient une violente hémorragie avec rejet de sang par la bouche et surtout par la plaie. On pratique aussitôt une injection d'ergotine et l'on place un pansement très serré.

A cinq heures du soir, très subitement encore, l'hémorragie se reproduit et la malade meurt ayant perdu deux litres de sang environ.

A l'autopsie, on trouve un poumon gauche présentant un emphysème marqué de la base et du bord antérieur. Pas d'hémorragie punctiforme. Le poumon droit présente une symphyse pleurale limitée au tiers inférieur et à la partie postérieure. La cavité de la pleurésie n'est pas très haute, sauf en arrière.

Sur le poumon même au niveau, de la gouttière vertébrale, immédiatement au-dessous du hile se trouve un orifice circulaire recouvert d'exsudats grisâtres. Cet orifice conduit à une cavité à peu près cylindrique de huit centimètres environ de diamètre dont le fond paraît constitué par la plèvre diaphragmatique extrêmement épaissie à ce niveau. Sa paroi interne est presque lisse, gris brunâtre avec tendance à la formation d'une membrane pyogénique. Aux deux tiers inférieurs de cette cavité, on voit, sur la face postérieure, l'ouverture d'un vaisseau, branche de l'artère pulmonaire, admettant facilement une sonde cannelée. Ce vaisseau est vide de sang.

Autour de la cavité se trouve une coque d'hépatisation très étendue, surtout en haut, où elle atteint cinq ou six centimètres d'épaisseur.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- TUFFIER. — Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, années 1895-1897-1900.
- TUFFIER. — Thoracotomie pour abcès gangréneux chronique du poumon. (Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1906).
- AUVRAY. — L'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire, technique opératoire, résultats (Presse médicale, Paris, 1904).
- NORDMANN — Des hémorragies graves dans la gangrène pulmonaire (Gazette des Hôpitaux, 1906).
- VON ULATOWSKY. — Beitrag zu kasuistick operative behandelte Lugengangran (Thèse Kiel, 1903).
- DUTAR. — Thèse de Paris (1899).
- BAZY. — Bulletin de la Société de chirurgie de Paris (1895).
- DELAGENIÈRE. — Chirurgie du poumon.
- LEJARS et FERNET. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1899.
- ROUX. — Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1891.
- VILLIÈRE. — Thèse 1898.
- NETTER. — Traité de médecine Bouchard et Brissaud.
- BERNAT. — Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire.
- MALBOT. — Archives provinciales de chirurgie, 1899.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 28 Février 1907.

Le Doyen,

MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 28 Février 1908.

Pour le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

LE VICE-PRÉSIDENT,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
